

Iná da Silva dos Santos^IJosé Francisco Pereira da Silva^{II}Eduardo Coelho Machado^{II}

Prevalência de dispepsia e fatores sociodemográficos

Prevalence of dyspepsia and associated sociodemographic factors

RESUMO

OBJETIVO: Medir a prevalência e distribuição de dispepsia e dispepsia freqüente por subtipos na população com 20 anos ou mais segundo características socioeconômicas e demográficas.

MÉTODOS: Estudo transversal, de base populacional, com 3.934 indivíduos moradores na cidade de Pelotas (RS), entrevistados em seus domicílios, de outubro de 1999 a janeiro de 2000. Dispepsia foi definida como dor ou desconforto no andar superior do abdome e/ou náuseas no ano anterior à entrevista (conforme critérios Roma I e II). Dispepsia freqüente incluiu o registro de dispepsia mais de seis vezes e/ou náuseas, uma vez por mês ou mais. Esses desfechos foram analisados por idade, sexo, cor da pele, escolaridade, renda e estado civil. Os dados foram analisados por meio do teste qui-quadrado de Pearson de associação para variáveis categóricas e teste de tendência linear, quando aplicável.

RESULTADOS: A prevalência de dispepsia foi de 44,4% e de dispepsia freqüente, 27,4%. A prevalência de dispepsia tipo refluxo, úlcera, dismotilidade e não especificada foi, respectivamente, 19,4%, 6,3%, 13,9% e 16,6%; para dispepsia freqüente foram 14,7%, 4,9%, 11,2% e 6,8%, respectivamente. As mulheres apresentaram cerca de 50% mais dispepsia freqüente. Indivíduos mais jovens e de menor renda apresentaram maiores prevalências de dispepsia e dispepsia freqüente. Análise de acordo com critérios de Roma II mostrou prevalências de 15,9% e 7,5% para dispepsia e dispepsia freqüente, respectivamente.

CONCLUSÕES: A dispepsia constitui um problema prevalente na população estudada. A maioria dos indivíduos apresentaram mais de um subtipo de dispepsia.

DESCRIPTORES: Dispepsia. Dispepsia freqüente. Dispepsia funcional. Refluxo gastroesofágico. Dismotilidade. Úlcera. Estudos transversais. Prevalência. Fatores de risco.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess prevalence of dyspepsia and distribution of dyspepsia and frequent dyspepsia in subgroups of adults (20 years and older) according to their demographic and socioeconomic characteristics.

METHODS: A cross-sectional population-based study was carried out comprising 3,934 subjects living in Pelotas, Southern Brazil, from October 1999 to January 2000. Data was collected through household interviews. Dyspepsia was defined as epigastric pain or discomfort associated or not with nausea in the previous year, according to Rome I and Rome II criteria. Frequent dyspepsia was defined as more than six dyspepsia episodes in the previous year and/or nausea, at least once a month. These outcomes were analyzed according to age, gender, skin color, educational level, per capita income and marital status. Data analysis

^I Universidade Católica de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

^{II} Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Sandro Schreiber de Oliveira
Rua Gonçalves Chaves, 704/903
96015-560 Pelotas, RS, Brasil
E-mail: episa@terra.com.br

Recebido: 27/4/2005 Revisado: 9/12/2005
Aprovado: 7/2/2005

was carried out through Pearson Chi-square test for categorical variables and linear trend test, when applicable.

RESULTS: The prevalence of dyspepsia was 44.4% and frequent dyspepsia, 27.4%. The prevalences of reflux-like, ulcer-like, dysmotility-like and unspecific dyspepsia subtypes were 19.4%, 6.3%, 13.9%, and 16.6%, respectively. The prevalences of these subtypes of frequent dyspepsia were 14.7%, 4.9%, 11.2% and 6.8%, respectively. Prevalences among women were 50% higher. Low-income young people seemed to be more affected by dyspeptic symptoms. The analysis according to Rome II criteria showed prevalences of 15.9% and 7.5% for dyspepsia and frequent dyspepsia, respectively.

CONCLUSIONS: Dyspepsia and frequent dyspepsia were prevalent problems in the studied population. Most people could be classified in more than one subgroup of dyspepsia.

KEYWORDS: Dyspepsia. Frequent dyspepsia. Functional dyspepsia. Gastroesophageal reflux. Dysmotility-like. Ulcer-like. Cross-sectional studies. Prevalence. Risk factors.

INTRODUÇÃO

Os sintomas relacionados ao trato digestivo representam uma das queixas mais comuns na prática clínica diária. Na Inglaterra, correspondem à cerca de 8% das consultas médicas em atenção primária e a 11% da demanda espontânea de novas consultas. Dados da década de 80 mostram que, a cada ano, 70 de cada mil consultas são por causa de dispepsia, representando 71% das consultas em gastroenterologia.⁴

Em estudo realizado em Minnesota¹³ com 1.021 indivíduos, durante o ano de 1992, registrou-se prevalência de 26% de dispepsia freqüente. Outros estudos realizados em países desenvolvidos apresentaram resultados semelhantes. Em 1994, na Dinamarca, detectou-se uma incidência anual de cerca de 25% de dispepsia e de 5% de dispepsia freqüente.⁶ A prevalência de dispepsia no Reino Unido, em 1994, atingia a taxa de 40% em indivíduos acima de 16 anos.⁹ Prevalências baixas como 7,9% em Singapura, em 1990, também têm sido relatadas.⁵

Não há dados relativos à prevalência da patologia no Brasil. Estudos de base populacional sobre o tema são raros e, em geral, com problemas metodológicos. De todos os artigos de base populacional localizados e revisados,^{1,4-7,9,13-16,18} apenas três^{5,6,9} não realizaram a entrevista por carta enviada pelo correio postal; nenhum mostra cálculo de tamanho de amostra. Entre os artigos que computam perdas e recusas^{1,5-7,13-17} essas taxas se encontram entre 18% e 36%, à exceção de um,⁵ que refere recusas inferiores a 10%, porém parece ter excluído do cálculo as perdas. Soma-se a isso o fato

de que os critérios diagnósticos de dispepsia não são uniformes, embora a maioria dos autores utilize aproximações dos critérios descritos durante o primeiro congresso mundial sobre doenças funcionais do aparelho digestivo, conhecido como Roma I.³

O presente estudo teve por objetivo avaliar a prevalência de dispepsia, de dispepsia freqüente e seus subgrupos, em adultos moradores em zona urbana, e sua distribuição quanto às características socioeconômicas e demográficas.

MÉTODOS

Realizou-se estudo transversal de base populacional com adultos de 20 anos ou mais de idade, residentes na zona urbana de Pelotas, no período de outubro de 1999 a janeiro de 2000. Localizada na região sul do Brasil, Pelotas possui população de cerca de 320 mil habitantes.

Para cálculo do tamanho da amostra, levou-se em consideração a menor prevalência de dispepsia encontrada em outros estudos (7%). O cálculo para estimativa da prevalência baseou-se em nível de confiança de 99%, considerando aceitável uma margem de erro de 1,4 ponto percentual. Para estudar a associação com os fatores socioeconômicos e demográficos, considerou-se prevalência de 25% e a baixa renda como exposição menos freqüente, apresentando razão de um exposto para cada nove não-expostos. Para prevalência de doença de 19% entre os não-expostos, e poder de 90% para detectar razões de prevalências de pelo menos 1,5, seria necessário estudar 2.370 indivíduos. Acrescentando-se uma margem de

10% para possíveis perdas e recusas, seria necessário investigar pelo menos 2.607 pessoas. A amostra foi realizada em consórcio com outros estudos, os quais exigiam amostras maiores.

Foi realizado um processo amostral aleatório em múltiplos estágios. A partir da média de moradores por domicílio em 1991 para o município, determinada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),* calculou-se que seria necessário visitar, pelo menos, 2.100 domicílios da zona urbana para que se encontrasse o número de indivíduos desejado.

A partir dessa informação, foram sorteados, de forma sistemática, 48 dos 281 setores censitários da zona urbana da cidade. Todos os setores sorteados foram visitados, mapeados e os quarteirões foram numerados, bem como suas esquinas. De forma aleatória, foi sorteado o quarteirão; e neste, a esquina pela qual deveriam se iniciar as entrevistas. A partir desta esquina, sorteava-se, entre as três primeiras casas, aquela que deveria ser a primeira a ser visitada. A partir desta, de forma sistemática, visitavam-se 44 casas em cada setor.

Em cada domicílio selecionado, entrevistavam-se todos os moradores com idade igual ou superior a 20 anos, que não apresentassem doença física ou mental que os limitasse na compreensão das perguntas ou respostas. Foram considerados como perdas aqueles que, após três visitas da entrevistadora, em horários e dias diferentes, e uma visita do supervisor de campo, não puderam ser contatados ou mantiveram a recusa.

O instrumento utilizado para coleta de dados consistiu em questionário padronizado e pré-codificado abordando fatores socioeconômicos: renda per capita em salários-mínimos, escolaridade em anos completos de estudo, e estado civil (casado, solteiro, viúvo ou separado/divorciado); e fatores demográficos: sexo observado pelo entrevistador, cor da pele observada pelo entrevistador como branca e não branca e idade em anos completos; além das variáveis necessárias à definição do desfecho, conforme os critérios recomendados pelo consenso de Roma I, amplamente utilizados nas pesquisas sobre o tema.^{4,7,13} A validade de construto dessas variáveis foi testada em estudo piloto conduzido por dois médicos, em um serviço de atenção primária à saúde, um ambulatório de clínica médica e outro de referência em gastroenterologia.

Dispepsia foi definida como dor ou desconforto no andar superior do abdome e/ou náuseas no último ano. Para assegurar que a dor ou desconforto relatado pelo

entrevistado estivesse localizado no andar superior do abdome, utilizou-se o desenho de uma figura humana, onde a região abdominal era dividida em cinco partes. Solicitava-se ao entrevistado que apontasse na figura o local correspondente à localização da dor ou desconforto. A dispepsia freqüente foi definida como dor ou desconforto no andar superior do abdome mais de seis vezes no último ano e/ou náuseas, uma vez por mês ou mais, no último ano. Dispepsia tipo úlcera era dispepsia acompanhada de, pelo menos dois dos seguintes sintomas: (a) dor aliviada por alimentação, (b) dor aliviada por anti-ácidos, (c) dor antes da alimentação ou quando com fome, (d) dor noturna que desperta o indivíduo. A dispepsia tipo dismotilidade era acompanhada de pelo menos três dos seguintes sintomas: (a) vômitos uma vez por mês ou mais, (b) distensão abdominal, (c) anorexia, (d) dor agravada por alimentação ou leite, (e) dor após as refeições, (f) dor aliviada por eructações. Dispepsia tipo refluxo era dispepsia associada a pelo menos um dos seguintes sintomas: (a) pirose uma vez por semana ou mais, (b) regurgitação ácida uma vez por semana ou mais. A dispepsia não especificada não se enquadrava em nenhuma das outras classificações.

O trabalho de campo foi realizado por 22 entrevistadores, cuja escolaridade era nível médio completo, submetidos a treinamento prévio de uma semana para a aplicação do questionário. Foram visitados 2.052 domicílios, nos quais encontraram-se 4.203 indivíduos com 20 anos ou mais de idade, elegíveis para o estudo. Foi possível entrevistar 3.934 pessoas, tendo ocorrido um taxa de 6,8% de perdas e recusas.

Realizou-se controle de qualidade com re-visita a 10% dos indivíduos pelo supervisor, com objetivo de verificar a consistência de algumas informações e o cumprimento adequado da logística do estudo. A concordância entre as respostas obtidas na entrevista e nas re-visitas foi avaliada pelo coeficiente de Kappa, obtendo-se 0,78.

Durante a análise dos dados foram publicados os critérios revisados de diagnóstico de dispepsia e dispepsia freqüente (Roma II),³ pelo qual indivíduos com pirose são considerados portadores de doença do refluxo gastro esofágico (DRGE) e não de dispepsia. Em vista disso, procedeu-se posteriormente a uma análise com a exclusão dos indivíduos que apresentavam pirose, visando à aproximação da definição de dispepsia segundo Roma II. O planejamento do estudo não foi capaz de atender Roma II quanto ao tempo de ocorrência dos sintomas de maneira integral, pois não se conheciam os novos critérios.

*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo 2000 [dados estatísticos]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil131.shtm> [acesso em 18 mai 2006]

As análises foram realizadas por meio dos programas SPSS/PC 8.0 e Stata 6.0, utilizando teste de qui-quadrado de Pearson para testar associações bivariadas e teste de tendência linear, quando adequado.

RESULTADOS

As mulheres representaram 57% dos indivíduos. Cerca de 81% dos adultos entrevistados eram brancos e a média de idade da amostra foi de 43,3 anos, 7% acima dos 70 anos.

A média de escolaridade foi de 7,4 anos completos, sendo que mais de 8% nunca freqüentaram a escola. A renda per capita média foi de 2,8 salários-mínimos, porém cerca de 15% tinham renda per capita inferior a meio salário-mínimo (R\$68,00). A Tabela 1 apresenta maiores detalhes sobre a amostra estudada.

Apenas 23,5% dos adultos não experimentaram nenhum tipo de sintoma abdominal no último ano. O sintoma observado mais freqüentemente foi o de pirose retroesternal, sendo relatado por mais de 46% da população. Dor e desconforto abdominal ou distensão foram relatados por cerca de 39% dos indivíduos, seguido de distensão abdominal (38%), regurgitação ácida (33%), náuseas (25%), anorexia (23%), sendo que, dos sintomas investigados, vômito foi o menos freqüente (19%).

A Figura 1 mostra as prevalências de dispepsia e dispepsia freqüente e seus subtipos. A prevalência de dispepsia foi de 44,4% (IC 95%: 42,8%-45,9%). A dispepsia tipo refluxo foi a mais freqüente (19,4%; IC 95%: 18,2%-20,6%), seguida pela dispepsia não especificada (16,6%; IC 95%: 15,4%-17,8%). A prevalência de dispepsia freqüente foi de 27,4% (IC 95%: 26,0%-28,8%). Novamente o subtipo mais comum foi a dispepsia freqüente tipo refluxo, (14,7%; IC 95%: 13,6%-15,8%), seguida pela dispepsia freqüente tipo

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas da população estudada. Pelotas, RS, 1999-2000. (N=3.934)

Característica	n	%
Sexo		
Masculino	1.691	43,0
Feminino	2.243	57,0
Cor		
Branca	3.169	80,6
Não branca	765	19,4
Estado civil		
Casado	2.498	63,5
Solteiro	795	20,2
Viúvo	322	8,2
Separado/divorciado	319	8,1
Idade (anos completos)		
20-29	921	23,4
30-39	852	21,7
40-49	870	22,1
50-59	598	15,2
60-69	415	10,5
70 e mais	278	7,1
Escaridade (anos)		
Sem escolaridade	327	8,3
1-4	846	21,5
5-8	1.281	32,6
9-11	795	20,2
Mais de 11	682	17,3
Renda per capita (SM)		
0-0,5	575	14,9
0,6-1,0	873	22,6
1,1-2,0	1.007	26,0
2,1-3,0	462	11,9
3,1-5,0	418	10,8
Mais de 5,0	532	13,8

SM: Salário-mínimo (R\$136,00)

O somatório da cada variável pode não corresponder ao número total da amostra devido à perda de informação.

dismotilidade, com prevalência de 11,2% (IC 95%:10,2%-11,2%).

Do tipo refluxo, a dispepsia e a dispepsia freqüente foram as mais comuns, mesmo quando combinadas com outros tipos (Figura 1). O padrão de distribuição por subtipos é semelhante entre dispepsia e dispepsia freqüente. Dos indivíduos com dispepsia, 38,7% enquadravam-se em apenas um dos subtipos de doença: 9,8% apresentavam apenas dispepsia tipo refluxo, 5,3% apenas dispepsia tipo dismotilidade e 2,1% apenas dispepsia tipo úlcera. Houve sobreposição dos três subtipos em 1,6% dos indivíduos.

Entre os indivíduos com dispepsia freqüente observou-se que 42,3% enquadravam-se em apenas um dos subtipos da doença: 6,5% apresentavam apenas dispepsia freqüente tipo refluxo, 3,6% apenas dispepsia freqüente tipo dismotilidade e 1,5% apenas dispepsia freqüente tipo úlcera.

As Tabelas 2 e 3 mostram, respectivamente, as prevalências de dispepsia e dispepsia freqüente e seus subtipos dentro da categoria dos fatores socioeconômicos e demográficos.

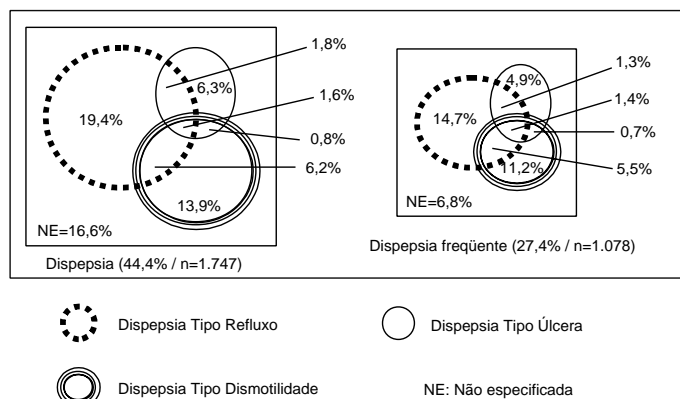


Figura 1 - Prevalência de dispepsia e dispepsia freqüente e as sobreposições entre os subtipos. Pelotas, RS, 1999-2000.

Tabela 2 - Prevalência (%) e valores de p para os subtipos de dispepsia de acordo com características socioeconômicas e demográficas. Pelotas, RS, 1999-2000.

Característica	Dispepsia	Tipo úlcera	Tipo dismotilidade	Tipo refluxo	Não especificada
Sexo	<0,001	0,06	<0,001	<0,001	0,4
Masculino	37,4	5,5	9,3	14,5	15,9
Feminino	49,7	6,9	17,4	23,1	17,0
Cor	0,3	0,5	0,2	0,09	
Branca	44,0	6,0	13,7	18,9	17,0
Não branca	46,1	7,5	14,8	21,2	14,5
Estado civil	0,03	0,8	0,05	0,001	0,001
Casado	43,3	6,1	13,1	19,7	16,1
Solteiro	47,5	6,8	14,0	15,2	20,8
Viúvo	40,7	5,9	16,2	20,5	11,9
Separado/divorciado	48,9	7,2	18,2	26,6	13,9
Idade (Anos)	<0,001*	0,2*	0,08*	0,03	<0,001*
20-29	49,5	7,0	15,8	17,3	19,8
30-39	46,7	6,7	14,0	20,3	17,7
40-49	44,7	5,9	12,7	20,2	17,7
50-59	42,8	5,9	14,8	21,8	14,1
60-69	37,8	6,0	13,1	21,0	11,1
70 e mais	32,4	5,4	11,2	13,4	11,7
Escolaridade (anos completos)	0,2	0,03	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Sem escolaridade	45,6	9,9	20,2	26,5	9,7
1-4	41,1	7,1	14,5	21,7	11,2
5-8	44,9	5,3	15,3	21,6	15,6
9-11	46,5	5,7	12,8	17,4	20,2
Mais de 11	44,6	6,2	9,3	11,5	24,1
Renda per capita (SM)	0,1*	0,06*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
0-0,5	47,1	8,0	17,8	25,8	12,2
0,6-1,0	44,9	6,0	15,6	22,3	14,7
1,1-2,0	44,5	6,6	15,3	19,1	15,7
2,1-3,0	43,1	4,5	11,7	15,5	20,1
3,1-5,0	44,5	6,5	11,3	15,6	20,4
Mais de 5,0	42,1	4,9	8,7	14,6	20,9

Os valores apontados sobre cada coluna de prevalências indicam o valor p para o teste de qui-quadrado para cada característica estudada.

*Teste de Tendência Linear

SM: Salários-mínimos (R\$136,00)

A prevalência de dispepsia e de dispepsia freqüente entre as mulheres foi cerca de 30% e 50% maior, respectivamente, do que a observada entre os homens. Padrão semelhante foi observado para dispepsia tipo úlcera e tipo refluxo; porém, para dispepsia tipo dismotilidade, as mulheres chegaram a apresentar o dobro da prevalência observada entre os homens.

Em relação ao estado civil, observou-se maior prevalência de dispepsia e seus subtipos entre o grupo dos separados/divorciados. Esta associação não apresentou significância estatística apenas nos indivíduos com dispepsia tipo úlcera. O mesmo padrão de ocorrência foi observado na dispepsia freqüente, exceto para dispepsia freqüente não especificada, mais prevalente entre os solteiros.

Houve tendência de diminuição da prevalência de dispepsia conforme o aumento da idade dos indivíduos, sendo cerca de 50% maior entre indivíduos na faixa de 20 a 29 anos do que entre aqueles com 69 anos ou mais. Essa tendência não se confirmou estatisticamente na análise de dispepsia tipo úlcera e dispepsia tipo dismotilidade, quando consideradas separadamente. Para dispepsia freqüente o padrão observado foi semelhante, também sem significância estatística.

Para os três subtipos de dispepsia observou-se tendência de maior prevalência entre pessoas com menor escolaridade. Entre os indivíduos sem escolaridade formal, as prevalências de dispepsia tipo dismotilidade e tipo refluxo corresponderam ao dobro das observadas entre aqueles com 11 anos ou mais de escolaridade. Tendência inversa foi observada em relação à dispepsia não especificada, sendo sua prevalência quase 2,5 vezes maior no grupo de alta escolaridade. Devido à inversão do padrão da distribuição das prevalências nesse último grupo, a prevalência global de dispepsia segundo escolaridade não apresentou tendência estatisticamente significativa. Para dispepsia freqüente observou-se tendência estatisticamente significativa de aumento da prevalência à medida que diminui a escolaridade, mesmo na estimativa global de dispepsia freqüente.

As prevalências de dispepsia e de dispepsia freqüente de acordo com a renda per capita, seguiram padrão semelhante ao descrito para a escolaridade, sendo maiores entre os mais pobres.

As prevalências de dispepsia e de dispepsia freqüente não foram diferentes entre brancos e não brancos, nem mesmo quanto aos subtipos.

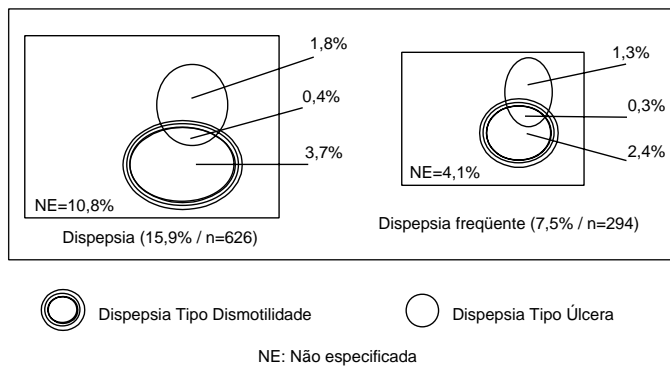


Figura 2 - Prevalência de dispepsia e dispepsia frequente e as sobreposições entre os subtipos, excluindo-se pacientes com sintomas de doença de refluxo gastro-esofágico. Pelotas, RS, 1999-2000.

A exclusão de dispepsia tipo refluxo (Roma II) da análise dos dados reduziu sua prevalência para 15,9% e para 7,5% a da dispepsia frequente (Figura 2). Tal exclusão provocou ainda uma modificação importante na distribuição nos subgrupos, uma vez que quase 70% dos indivíduos com dispepsia classificaram-se como portadores de dispepsia frequente não especificada.

A exclusão dos indivíduos com pirose (DRGE) reduziu a diferença entre os sexos para cerca de 20 a 25% tanto

para dispepsia quanto para dispepsia frequente (as mulheres apresentam as maiores taxas). Entretanto, não afetou a prevalência de dispepsia e dispepsia frequente tipo úlcera.

Na análise de acordo com Roma II, os indivíduos solteiros passaram a apresentar maiores prevalências de dispepsia e seus subtipos, não havendo diferença entre as diferentes categorias de estado civil para dispepsia frequente.

Não houve alteração nos resultados quando se excluiu DRGE para a distribuição das prevalências de acordo com a faixa etária.

Quando se excluiu indivíduos com pirose, a mesma tendência encontrada para escolaridade de acordo com Roma I, se manteve para dispepsia e se tornou não significativa para dispepsia frequente.

DISCUSSÃO

O delineamento transversal é o mais adequado para medir prevalências de doenças, porém não está livre de vieses. Tratando-se de um estudo de base populacional, em que os indivíduos foram indagados sobre sintomas abdominais ocorridos no último ano, não

Tabela 3 - Prevalência (%) e valores de p para os subtipos de dispepsia frequente de acordo com características socioeconômicas e demográficas. Pelotas, RS, 1999-2000.

Característica	Dispepsia úlcera	Tipo dismotilidade	Tipo refluxo	Tipo especificada	Não
Sexo	<0,001	0,01	<0,001	<0,001	0,09
Masculino	20,8	3,9	7,1	10,2	6,0
Feminino	32,5	5,6	14,2	18,1	7,4
Cor	0,07	0,6	0,6	0,5	0,5
Branca	26,8	4,8	11,0	14,5	6,7
Não branca	30,1	5,3	11,8	15,4	7,4
Estado civil	0,2	0,8	0,05	0,008	0,3
Casado	27,0	4,9	10,5	15,1	6,7
Solteiro	27,2	4,7	11,2	11,6	8,0
Viúvo	26,3	4,1	11,5	15,2	5,1
Separado/divorciado	32,3	5,6	15,7	19,3	6,6
Idade (anos)	0,07*	0,3*	0,3*	0,08	0,03*
20-29	29,2	5,5	12,4	13,2	7,6
30-39	28,2	5,1	10,5	15,2	7,1
40-49	28,2	4,4	10,6	15,2	8,0
50-59	27,6	4,6	12,8	17,5	5,8
60-69	23,8	5,1	10,2	14,8	4,6
70 e mais	21,6	4,0	8,8	10,3	5,5
Escolaridade (anos completos)	0,003*	0,06*	<0,001*	<0,001*	0,002*
Nenhuma	31,5	7,5	16,9	19,5	5,0
1-4	27,4	5,5	11,7	16,7	4,8
5-8	29,5	4,3	12,8	16,5	7,1
9-11	26,9	4,3	9,5	13,2	7,9
Mais de 11	22,4	4,6	6,8	8,3	8,5
Renda per capita (SM)	<0,001*	0,06*	<0,001*	<0,001*	0,04*
0-0,5	34,3	6,5	15,2	20,2	6,7
0,6-1,0	27,7	4,4	12,2	16,2	5,8
1,1-2,0	27,5	5,1	12,0	14,2	6,4
2,1-3,0	24,2	3,7	9,2	12,2	7,4
3,1-5,0	25,8	4,9	10,0	2,9	7,1
Mais de 5,0	23,3	3,6	6,6	10,1	9,3

Os valores apontados sobre cada coluna de prevalências indicam o valor p para o teste de qui-quadrado para cada característica estudada.

*Teste de Tendência Linear

SM: Salários-mínimos (R\$136,00)

se pode descartar a possibilidade de viés de memória.

A semelhança entre as características da amostra obtida e os dados da contagem populacional realizada pelo IBGE no ano de 1996 para a população urbana da cidade de Pelotas permite concluir que o processo de amostragem foi representativo para as variáveis sexo, idade e escolaridade.

A prevalência de sintomas abdominais encontrada no presente estudo é semelhante à de outros. Na Austrália, Talley et al¹⁶ encontraram 39,5% das pessoas com dor abdominal alta e 25,2% com náusea. Em Minnessota, nos Estados Unidos, 21,6% das pessoas tinham náusea, 46,6% pirose e 16,9% dor abdominal, sendo esta a única taxa que diferiu substancialmente dos 39% encontrados no presente estudo.¹⁵

Estudo realizado por Ho et al⁵ em uma população asiática, detectou 20,2% de dor abdominal alta e 2,1% de pirose, sugerindo diferença no padrão de desenvolvimento de sintomas gastrointestinais entre as populações orientais e ocidentais.

A utilização de critérios diagnósticos não padronizados de dispepsia também tem sido responsável por discrepâncias importantes entre os resultados de diferentes estudos.

As prevalências detectadas no presente estudo chegaram a ser duas a três vezes maiores que no de Talley et al.¹⁷ Esses autores registraram 13% de prevalência de dispepsia, sendo 59% tipo úlcera, 45% tipo dismotilidade, 48% tipo refluxo e 17% não especificada, em 1998, na cidade de Sydney, Austrália. Na mesma cidade, em 1999¹⁸ os mesmos autores registraram prevalência de dispepsia de 24%. Outros autores, como Li et al⁸ em 2002 e Shmueli et al¹⁰ em 2003, mostraram resultados semelhantes para dispepsia.

Em 1992 em Minnessota, usando uma definição de dispepsia semelhante à utilizada no presente estudo, Talley et al¹³ haviam relatado 26% de prevalência de dispepsia freqüente, muito próxima dos 27,4% detectados em Pelotas. Naquele estudo, entre os dispépticos, 64% tinham dispepsia tipo úlcera, 31% tipo dismotilidade, 38% tipo refluxo e 23% não especificada. Essas taxas específicas divergiram das encontradas em Pelotas, não havendo sobreposição entre os intervalos de confiança de 95% calculados para ambos estudos. Cabe salientar que Talley et al¹³ incluíram 835 indivíduos em seu estudo, o que pode interferir na precisão na determinação de taxas de prevalências mais baixas, como as de dispepsia por subtipos.

Em estudo realizado na Suécia em 1995 por Agreus et al¹ registrou-se prevalência de 32,2% (IC 95%: 29,6-34,9) de dispepsia, sendo 25,3% para tipo refluxo, 3,0% para tipo úlcera e 21,1% para tipo dismotilidade. Embora as prevalências encontradas por Agreus et al¹ sejam menores que as deste estudo ($p<0,001$), a distribuição de acordo com os subtipos é bastante semelhante. Agreus et al¹ estabeleceram amostra de aproximadamente 1.100 indivíduos, com taxa de perdas em torno de 11%, bem menor que a observada na maioria dos estudos realizados sobre dispepsia.

Penston & Pounder⁹ em 1996 no Reino Unido entrevistaram 2.112 pessoas em 150 pontos amostrais, registrando prevalência de dispepsia da ordem de 40%, próxima da encontrada em Pelotas.

Dada sua recente divulgação, não se encontram estudos publicados que apresentem prevalências de dispepsia de acordo com os critérios de Roma II, impossibilitando a comparação dos achados do presente estudo. A apresentação das prevalências de dispepsia e seus subgrupos de acordo com o critério de Roma II pretendeu propiciar uma primeira avaliação dos efeitos da mudança de critério diagnóstico na prevalência da doença, evitando que isto possa ser, no futuro, considerado inadvertidamente como alteração no padrão da doença. Estudos com melhor adequação dos critérios de Roma II, no entanto, devem ainda ser desenvolvidos.

Os testes de tendência linear mostraram que as prevalências tendem a diminuir com o aumento da idade para a maioria dos subtipos. Tendência semelhante se observou em relação à escolaridade, onde indivíduos com maior escolaridade tendem a apresentar menores prevalências, exceto para dispepsia e dispepsia freqüente não especificada. Estes achados confirmam os de Talley et al^{11,12} em dois estudos e o de Curioso Vilchez et al.²

A sobreposição diagnóstica entre os diversos subtipos, com baixo percentual de indivíduos classificados como tendo apenas um subtipo de dispepsia, dificulta a identificação de fatores de risco para a doença. A exclusão de indivíduos com pirose minimizou a sobreposição diagnóstica, porém a maioria deles passou a ser classificada como portadora de dispepsia não especificada.

A prevalência de dispepsia encontrada em Pelotas foi, em geral, maior que a obtida em estudos realizados em outras localidades, podendo indicar um padrão diferenciado na distribuição da doença para esta população. Porém, a semelhança com a taxa de pre-

valência encontrada por Penston & Pounder⁹ no Reino Unido, em estudo com processo amostral cuidadoso e com amostra maior. Isso pode deixar dúvidas sobre a comparabilidade dos resultados dos demais estudos, em geral, conduzidos com amostras pequenas, com problemas metodológicos no processo de amostragem e com perdas da ordem de 20%.

O conhecimento da prevalência desta patologia pode auxiliar os serviços de saúde a se prepararem para o atendimento de pacientes. Apesar de benigna, essa doença está incluída no diagnóstico diferencial de patologias graves, para as quais o serviço público pode demandar gastos desnecessários em seu processo diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. Agreus L, Svardsudd K, Nyren O, Tibblin G. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the general population: overlap and lack of stability over time. *Gastroenterology*. 1995;109(3):671-80.
2. Curioso Vilchez W, Donaires Mendoza N, Bacilio Zepa C, Ganoza Gallardo C, León Barúa R. Prevalencia y asociación de la dispepsia y el síndrome de intestino irritable en una comunidad de la selva peruana. *Rev Gastroenterol Perú*. 2002;22(2):129-40.
3. Drossman AD, Corazziari E, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE, editors. Rome II: the functional gastrointestinal disorders. 2a ed. McLean (VA): Degnon Associates; 2000.
4. Grainger SL, Klass HJ, Rake MO, Williams JG. Prevalence of dyspepsia: the epidemiology of overlapping symptoms. *Postgrad Med J*. 1994;70(821):154-61.
5. Ho KY, Kang JY, Seow A. Prevalence of gastrointestinal symptoms in a multiracial asian population, with particular reference to reflux-type symptoms. *Am J Gastroenterol*. 1998;93(10):1816-22.
6. Kay L, Jorgensen T. Epidemiology of upper dyspepsia in a random population: prevalence, incidence, natural history, and risk factors. *Scand J Gastroenterol*. 1994;29(1):2-6.
7. Kay L, Jorgensen T. Redefining abdominal syndromes: results of a population-based study. *Scand J Gastroenterol*. 1996;31(5):469-75.
8. Li Y, Nie Y, Sha W, Su H. The link between psychosocial factors and functional dyspepsia: an epidemiological study. *Chin Med J (Engl)*. 2002;115(7):1082-4.
9. Penston JG, Pounder RE. A survey of dyspepsia in Great Britain. *Aliment Pharmacol Ther*. 1996;10(1):83-9.
10. Shmueli H, Obure S, Passaro DJ, Abuksis G, Yahav J, Fraser G, et al. Dyspepsia symptoms and *Helicobacter pylori* infection, Nakuru, Kenya. *Emerg Infect Dis*. 2003;9(9):1103-7.
11. Talley NJ, Fung LH, Gilligan IJ, McNeil D, Piper DW. Association of anxiety, neuroticism and depression with dyspepsia of unknown cause: a case control study. *Gastroenterology*. 1986;90(4):886-92.
12. Talley NJ, McNeil D, Piper DW. Environmental factors and chronic unexplained dyspepsia: association with acetaminophen but not other analgesics, alcohol, coffee, tea or smoking. *Dig Dis Sci*. 1988;33(6):641-8.
13. Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, Melton LJ 3rd. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study. *Gastroenterology*. 1992;102(4 Pt 1):1259-68.
14. Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, Melton LJ 3rd. Smoking, alcohol, and analgesics in dyspepsia and among dyspepsia subgroups: lack of an association in a community. *Gut*. 1994;35(5):619-24.
15. Talley NJ, Evans JM, Fleming KC, Harmsen WS, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd. Nonsteroidal antiinflammatory drugs and dyspepsia in the elderly. *Dig Dis Sci*. 1995;40(6):1345-50.
16. Talley NJ, Boyce P, Jones M. Identification of distinct upper and lower gastrointestinal symptom groupings in an urban population. *Gut*. 1998;42(5):690-5.
17. Talley NJ, Boyce P, Jones M. Dyspepsia and health care seeking in a community: how important are psychological factors? *Dig Dis Sci*. 1998;43(5):1016-22.
18. Talley NJ, Haque M, Wyeth JW, Stace NH, Tytgat GN, Stanghellini V, et al. Development of a new dyspepsia impact scale: the nepean dyspepsia index. *Aliment Pharmacol Ther*. 1999;13(2):225-35.